



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2**  
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni  
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

**Delibera del Direttore Generale n. 1107 del 30/12/2014**

**Oggetto:** Piano di attività biennale per la gestione del rischio clinico, 2014-2015

**IL DIRETTORE GENERALE**

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 8241 del Servizio Proponente, S.S. RISK MANAGEMENT - Terni

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicato:

Direttore Sanitario parere FAVOREVOLE  
Direttore Amministrativo parere FAVOREVOLE

**DELIBERA**

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE SANITARIO (\*)  
(Dr. Imolo Fiaschini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (\*)  
(Dott. Roberto Americioni)

IL DIRETTORE GENERALE (\*)  
(Dr. Sandro Fratini)

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**  
**ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**  
**N. .... DEL .....**

***Normativa di riferimento:***

- DGR Regione Umbria, n. 1345 del 27/07/2007: Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie.
- L.R. n. 81 del 12/11/2012, Costituzione della AUSL Umbria n.2
- Delib. DG n. 901 del 09/10/2013: “Area Qualità e accreditamento, Verifica delle strutture socio sanitarie con accordo contrattuale e Gestione del Rischio clinico” .
- DGR Regione Umbria n. 1007 del 4/8/2014, Osservanza indirizzi Regionali per appropriatezza organizzativa sanitaria e clinica. Azione prevista: sviluppo ed implementazione attività di Risk Management, il cui indicatore è rappresentato dall’attuazione indirizzi per DGR Regione Umbria 88/2014, adozione piano attività Risk management e mappatura dei rischi.

***Motivazioni:***

Si premette che

- la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono tematiche fondamentali per tutti i sistemi sanitari e che la complessità delle organizzazioni sanitarie, l'elevato livello tecnologico e l'elevato numero delle prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di errori causa di eventi avversi per i pazienti;
- ogni organizzazione sanitaria deve dotarsi di un sistema, delle politiche e delle strategie per la sicurezza dei pazienti.

Si da atto che

- la Regione Umbria nel DGR n. 1345 del 27/07/2007 prevede la redazione del Piano di attività annuale per la gestione del rischio
- il Direttore Generale con la Delib. n. 901 del 09/10/2013 attribuisce al Servizio Gestione Rischio Clinico le funzioni per mettere in atto le attività, i metodi e gli strumenti volti a identificare, valutare, monitorare e correggere il rischio clinico per garantire maggiore sicurezza ai pazienti
- la Regione con la DGR n. 88/2014 attribuisce alla Direzione aziendale il compito di adottare il Piano di attività di Risk management e di predisporre la mappatura dei rischi.

***Esito dell’istruttoria:***

per le motivazioni espresse in premessa, si propone il seguente dispositivo di deliberazione:

- adottare il “Piano di attività biennale per la Gestione del Rischio Clinico 2014-2015” di cui all’unito documento che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 1);

L’Addetto all’Istruttoria

Dr.ssa Margarete Tockner

Resp.le Servizio Gestione Rischio Clinico

## **Allegato 1**

### **PIANO DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, ANNI 2014-2015**

Il piano definisce gli obiettivi e le attività per la gestione del rischio clinico nella Usl Umbria 2 inerenti alla *mission* aziendale e le funzioni assegnate al Servizio Gestione Rischio Clinico; il programma delle attività è stato redatto in continuità con gli interventi già attivati nelle ex asl 3 e 4.

#### **PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'**

Sono indicate le singole attività facente parte del Piano biennale per ciascuna delle quali sono specificati gli obiettivi e le azioni principali da sviluppare. Al termine sono riassunti con un cronoprogramma i tempi con i quali verranno svolte le singole attività.

##### **1) COSTITUZIONE DELLA RETE DEI REFERENTI PER LA QUALITA' E IL RISCHIO CLINICO**

Obiettivo: costituzione delle reti dei referenti con atto formale

Azioni:

- Individuazione delle strutture sociosanitarie per le quali è necessario la nomina di un referente
- Definizione dell'elenco dei referenti
- Predisposizione dell'atto di nomina

##### **2) DEFINIZIONE DEL PIANO FORMATIVO E PROGRAMMAZIONE DEGLI EVENTI FORMATIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Obiettivi:

promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto

- alle motivazioni per l'impegno nei confronti della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana;
- alle metodologie e strumenti per identificare i pericoli ed i relativi determinanti nella pratica clinica per individuare ed applicare le azioni preventive più efficaci per migliorare il lavoro in team e per governare l'impatto dei fattori umani sulla sicurezza;
- ai sistemi di segnalazione degli incidenti e degli eventi avversi e dell'opportunità di imparare dagli eventi, quasi eventi e errori in un contesto non punitivo.

Azioni:

- Definizione e realizzazione del programma di formazione base per i referenti per la gestione del rischio clinico
- Definizione e realizzazione di eventi formativi per ambiti specifici di intervento rivolti a tutti gli operatori sanitari e socio sanitari interessati al fine di promuovere la cultura della

sicurezza, implementare le buone pratiche, superare le barriere alla segnalazione degli eventi avversi, imparare dall'esperienza e dagli errori.

### **3) IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA LOCALE DI INCIDENT REPORTING**

Obiettivi:

sviluppare la cultura della sicurezza creando negli operatori una maggiore propensione alla comunicazione degli eventi avversi e degli quasi eventi, offrire l'opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall'esperienza.

Azioni:

- elaborazione della procedura generale per la gestione degli eventi avversi e l'incident reporting
- attivazione dell' Incident Reporting.
- predisposizione del programma per l'attivazione del Safety Walk Round (SWR).

### **4) GESTIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI GRAVI**

Obiettivi: Attivare di un processo strutturato di analisi volta all' identificazione dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi e definizione delle azioni correttive, preventive o di miglioramento.

Azioni

- Revisione delle procedure applicate nella ex asl 3 e nella ex asl 4 con lo scopo di implementare il Protocollo ministeriale per il Monitoraggio degli eventi sentinella
- Redazione della procedura USL Umbria 2 “ Gestione e monitoraggio degli eventi sentinella”, e successiva diffusione ed applicazione
- Facilitare e coordinare le attività di analisi degli eventi segnalati
- Conferimento dei dati previsti dal Decreto SIMES dell'11 Dicembre 2009.

### **5) PREDISPOSIZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO AZIENDALE**

Obiettivo: individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e sviluppare le strategie per il loro trattamento

Azioni:

- Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi avversi ed eventi sentinella segnalati ed elaborazione del report
- Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza ed individuazione di rischi
- Raccolta ed analisi dei dati relativi alla segnalazione delle cadute del paziente e elaborazione del report
- Analisi del report annuale dei reclami nell'ottica dei potenziali rischi per la sicurezza
- Analisi dei sinistri in collaborazione con i Servizi Medicina legale e Affari legali
- Analisi delle non conformità in collaborazione con il Servizio Qualità ed Accreditamento.

Dall'analisi dei dati già raccolti, in continuità con le azioni già attivate nelle ex asl 3 e 4 ed in applicazione alle raccomandazioni per la sicurezza del Ministero della Salute sono stati individuati i seguenti **ambiti specifici di intervento**:

- Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita
- Prevenzione degli errori in terapia farmacologica
- Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- Corretta identificazione del paziente, dell'intervento e del sito chirurgico
- Gestione dei comportamenti auto ed etero aggressivi
- Gestione dell'emergenza clinica intraospedaliera
- Gestione ed acquisizione del consenso informato all'atto medico.

### CRONOPROGRAMMA

Attività	Mese/ Anno														
	10/14	11/14	12/14	01/15	02/15	03/15	04/15	05/15	06/15	07/15	08/15	09/15	10/15	11/15	12/15
Costituzione della RETE DEI REFERENTI per la qualità e il rischio clinico															
Definizione del PIANO FORMATIVO e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico															
Implementazione di un sistema locale di Incident Reporting															
Gestione e monitoraggio degli eventi avversi gravi															
Predisposizione del profilo di rischio aziendale															
<i>Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali</i>															

Il Dirigente del Servizio  
Gestione Rischio Clinico  
(Dr.ssa Margarete Tockner)